

MODULO DI RINUNCIA ALLA BORSA ERASMUS+

**FACOLTA' FARMACIA E MEDICINA (AREA MEDICA)
MEDICINA E ODONTOIATRIA**

Oggetto: ERASMUS+ a.a. 2017/2018

RINUNCIA

Il/La sottoscritto/a _____

vincitore di una borsa Erasmus+ presso di l'Università di _____

Area _____ per mesi _____

D I C H I A R A

di RINUNCIARE alla borsa Erasmus+ per i seguenti motivi:

Dichiana, inoltre, sotto la propria responsabilità di:

- non aver riscosso il mandato relativo al pagamento della borsa;
- aver riscosso il mandato;
- provvedere alla restituzione tramite provvisorio d'entrata

Roma, lì _____

Il dichiarante

Roma, lì _____

Visto

Il RAEF (Responsabile Amministrativo Facoltà)